

肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書

平成 年 月 日

兵庫県知事 様
(保健所・市町経由)

肝炎ウイルス初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

請求者(対象者)氏名: _____ 印

請求金額(支給決定額): _____ 円 (※記入不要)

フリガナ			性別	生年月日	
対象者氏名			男 女	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 ()				
加入医療 保 険	被保険者氏名		請求者との続柄		
	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号		
	被保険者証発行機関名				
	所在地				
振込口座	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名		店舗名		
	口座種別		口座番号		
保健所もしくは市町が行うフォローアップへの同意	<input type="checkbox"/> フォローアップに同意する (必須)			保健所市町 確認印	

注1 本請求書に以下の書類を添付してください。

- ・ 検査を受けた保険医療機関が発行した領収書
 - ・ 検査を受けた保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類 (診療明細書)
 - ・ 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し
 - ・ 検査費用振込先金融機関の口座が分かる書類 (預金通帳の写し等)
- 2 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 3 請求者は対象者本人です。(請求者氏名と対象者氏名は一致)
- 4 請求者(対象者)本人と振込先の口座名義人が違う場合は、委任状(裏面)を記入してください。
- 5 交付決定をした旨の御連絡はいたしません。申請から支払いまで3か月程度を要します。
- 6 保健所、市町では、肝炎ウイルス陽性者に対して、受診状況の確認、受診勧奨等を実施するなど、フォローアップを行っています。初回精密検査の費用助成を受けるためには、保健所、市町が実施するフォローアップへの参加が必要ですので、フォローアップへの同意がない場合は、初回精密検査費用の助成は受けられません。

委任状

受任者(表面請求書の口座名義人)

住所

氏名

印

私は、上記の者を代理人と定め、兵庫県から受領する肝炎検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

委任者(表面請求書の請求者)

住所

氏名

印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。